

CONSIDÉRATIONS

N° 40.

SUR

LA PNEUMONIE AIGUË SIMPLE,

CHEZ L'ADULTE ;

THÈSE

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris,
le 28 février 1831, pour obtenir le grade de Docteur en
médecine ;*

PAR MARTIAL POISSONNIER, de Guéret,

Département de la Creuze.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. DUBOIS, Doyen.

MESSIEURS

Anatomie.....

CRUVEILHIER.

Physiologie.....

Chimie médicale.....

ORFILA, *Examineur.*

Physique médicale.....

Histoire naturelle médicale.....

Pharmacologie.....

DEYEUX.

Hygiène.....

DES GENETTES.

Pathologie chirurgicale.....

MARJOLIN, *Examineur.*

ROUX.

Pathologie médicale.....

DUMÉRIL.

ANDRAL, *Examineur.*

Opérations et appareils.....

RICHERAND.

Thérapeutique et matière médicale.....

ALIBERT.

Médecine légale.....

ADELON.

Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés.....

MOREAU.

Clinique médicale.....

LEROUX, *Président.*

FOUQUIER.

CHOMEL, *Suppléant.*

Clinique chirurgicale.....

BOYER.

DUBOIS.

DUPUYTREN.

Clinique d'accouchemens.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.

MM.

BAUDELOCQUE.

DUBLED.

BAYLE.

DUBOIS.

BÉRARD.

GERDY.

BLANDIN, *Suppléant.*

GIBERT.

BOUILLAUD.

HATIN.

BOUVIER.

LISFRANC.

BRIQUET.

MARTIN SOLON.

BRONGNIART.

PIORRY.

CLOQUET.

ROCHOUX.

COTTEREAU, *Examineur.*

SANDRAS.

DANCE.

TROUSSEAU.

DEVERGIE, *Examineur.*

VELPEAU.

Par délibération du 9 décembre 1798; l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE.

Témoignage de la plus vive reconnaissance.

A MA SOEUR.

Gage d'une éternelle amitié.

M. POISSONNIER.

A MON PÈRE.

Témoignage de la plus vive reconnaissance.

A M A S O E U R.

Signé d'une humble comitè.

M. POISSONNIER.

CONSIDÉRATIONS

SUR

LA PNEUMONIE AIGÜE SIMPLE,

CHEZ L'ADULTE.

On désigne sous les noms de *pneumonie* (*péri-pneumonie*, *pneumonie*, vulgairement *fluxion de poitrine*), l'inflammation du parenchyme pulmonaire.

Je me propose dans ce travail d'examiner seulement la *pneumonie aigüe simple*, exempte de complications.

La *péri-pneumonie* peut affecter les deux poumons ou être bornée à un seul; elle peut aussi n'occuper qu'une partie plus ou moins étendue d'un poumon. Il résulte des observations de *Laennec*, et de MM. *Andral* et *Chomel*, que le poumon droit est plus souvent atteint que le gauche. Ce fait avait aussi été constaté par *Morgagni*, *Stoll*, *Pinel*, etc. Les parties inférieures du poumon paraissent aussi en être plus souvent le siège que le sommet; sur 88 cas de *pneumonies*, le lobe inférieur a été trouvé enflammé 47 fois, le lobe supérieur 30 fois, et la totalité du poumon 11 fois (*M. Andral*).

Pour procéder avec ordre, j'examinerai successivement les causes de la pneumonie, ses symptômes, ses terminaisons, sa marche et sa durée, son pronostic, son traitement, et enfin ses caractères anatomiques.

Causes. Les causes de la pneumonie peuvent être distinguées en *prédisposantes* et *occasionnelles*.

Parmi les causes *prédisposantes*, on a rangé l'habitation des pays froids et élevés, les variations brusques de température, l'inspiration habituelle de vapeurs âcres et irritantes, l'usage des instrumens à vent, certaines professions, telles sont celles de boulanger, de portefaix, de maçon, de forgeron; celles de chanteur, de musicien, d'avocat, etc.

Les pneumonies sont plus communes à la fin de l'hiver, pendant le printemps et dans le commencement de l'été que dans les autres saisons.

Tous les âges sont également sujets à cette maladie. Les auteurs ont pensé qu'elle atteignait plus souvent l'âge adulte que l'enfance et la vieillesse; cependant on sait qu'elle affecte souvent les vieillards, et que chez eux elle est très-grave: elle est aussi très-fréquente parmi les enfans, les trois cinquièmes au moins de ceux qui meurent dans les hôpitaux, depuis la naissance jusqu'à la fin de la première dentition, sont victimes de pneumonie latente (M. Guersent).

Cette affection frappe indistinctement tous les tempéramens, toutes les constitutions; on croit cependant que les individus doués d'un tempérament sanguin et d'une constitution forte en sont plus souvent atteints.

La pneumonie se développe quelquefois aussi dans le cours d'autres maladies qui paraissent en être la cause déterminante, telles qu'une phthisie, une pleurésie, un catarrhe bronchique aigu; souvent elle se montre au début ou dans le cours d'une fièvre exanthématique.

Les causes *occasionnelles* sont: l'impression du froid, surtout quand

le corps est échauffé ou en sueur, l'usage des boissons glacées dans les mêmes circonstances; l'inspiration de vapeurs irritantes; les courses forcées, une marche rapide contre la direction du vent; les efforts violens et répétés de la respiration, tels que les chants, les cris, la déclamation; les coups et les chutes sur la poitrine, les plaies pénétrantes dans cette cavité; la suppression d'une hémorrhagie habituelle, une métastase dartreuse ou rhumatismale. Un écart de régime, une impression morale vive peuvent aussi en être la cause. Le poison des serpens, et particulièrement celui du serpent à sonnettes, détermine fréquemment des pneumonies (*Laennec*). A la suite des grandes opérations chirurgicales, il survient souvent des inflammations internes, particulièrement des pneumonies, peut-être à cause de la forte secousse que ces opérations déterminent dans l'économie entière.

Mais bien souvent les causes de cette affection nous échappent. Comment se rendre compte des causes des pneumonies qui règnent épidémiquement? La pneumonie paraît aussi se développer sous l'influence d'une disposition intérieure que l'on ne peut connaître, et cette disposition se reproduit un grand nombre de fois chez quelques personnes. *Ruisch* dit avoir vu un citoyen de Philadelphie qui a été atteint vingt-huit fois de pneumonie. *M. Chomel* cite l'exemple d'un individu qui a guéri dix fois de cette phlegmasie. Le malade qui fait le sujet de la trente-deuxième observation rapportée dans la Clinique médicale de *M. Andral*, était depuis onze ans affecté pour la seizième fois de pneumonie, ce malade était âgé de quarante-un ans.

Symptômes. L'invasion de la péricapnémie est ordinairement subite et marquée par un frisson plus ou moins violent, suivi de chaleur et quelquefois de sueur; d'autres fois elle a lieu pendant le sommeil, sans frisson, et par une chaleur brûlante accompagnée de gêne dans la respiration, de toux, de douleur dans un point de la poitrine. Souvent l'inflammation pulmonaire ne se montre qu'après un

appareil fébrile de quelques jours; souvent aussi elle succède à une bronchite.

Les symptômes sont *locaux* et *généraux*.

Symptômes locaux. Douleur dans un des côtés de la poitrine, dyspnée, toux, crachats visqueux et sanguinolens, râle crépitant dans une étendue plus ou moins grande.

La douleur est souvent gravative et profonde; quelquefois elle n'est que passagère, et ne se fait sentir que pendant la toux ou dans les grands efforts de la respiration, surtout pendant l'inspiration; d'autres fois elle manque entièrement. Quelquefois, au contraire, la douleur est très-aiguë, continue; mais alors c'est une vraie douleur pleurétique, ordinairement limitée dans un seul point, au voisinage de la mamelle, et augmentant par la toux, l'inspiration et la pression.

La respiration est petite, accélérée, souvent à un tel point que le nombre des mouvemens respiratoires peut s'élever à 30, 40, à 60 même par minute, tandis qu'il n'est que de 18 à 20 chez les adultes en santé. La gêne de la respiration est parfois extrême : la dyspnée est dans quelques cas fort peu sensible pour le malade, quoique la fréquence de la respiration l'indique au médecin; cette fréquence quelquefois n'existe pas, alors la pneumonie est peu étendue.

La toux est ordinairement fréquente et forte; mais quelquefois elle est si rare et si peu marquée, que l'on ne s'en aperçoit pas. Elle est sèche d'abord, puis bientôt accompagnée d'une expectoration plus ou moins facile.

Les crachats, souvent muqueux ou blanchâtres dans le principe, offrent bientôt un aspect tout à fait caractéristique : ils sont transparents, visqueux, mêlés de bulles d'air, se prenant en une masse tenace, tremblottante, adhérant assez intimement au vase qui les reçoit pour qu'on puisse renverser celui-ci sans qu'ils se détachent de ses parois; ils sont colorés uniformément en rouge ou en jaunâtre, et quelquefois en vert, de sorte qu'ils imitent assez bien la couleur de la

rouille ou du sucre d'orge, suivant la quantité de sang qu'ils contiennent. Souvent ces crachats, dans un court espace de temps, varient pour la couleur et la consistance : les uns sont blanchâtres, muqueux comme dans le catarrhe bronchique ; d'autres sont visqueux, et offrent la teinte rouillée propre à la pneumonie. Souvent ils offrent une homogénéité parfaite, ce qui existe surtout lorsque le degré de la maladie est le même dans toute l'étendue de la partie malade. Mais les crachats n'ont pas toujours un caractère aussi tranché ; souvent ils sont peu colorés, moins visqueux, et contiennent peu de bulles d'air ; quelquefois on les distingue à peine au milieu d'une grande quantité de crachats muqueux ; enfin ils peuvent manquer. Ces cas ont surtout lieu chez les vieillards, dans les pneumonies très-rapides dans leur marche, et dans celles qui surviennent chez les agonisants.

Au moyen de l'auscultation médiate ou immédiate, l'oreille distingue un bruit particulier qui offre l'image d'une succession rapide de bulles très-petites, très-égales entre elles et presque sèches. Ce bruit a une ressemblance assez grande avec celui que fait entendre le sel marin qui décrépite sur le feu, et mieux encore à celui que produit un poumon sain que l'on presse entre les doigts. *Laennec* a appelé ce bruit *râle crépitant* ou *crépitation*, et il le regarde comme signe pathognomonique de la pneumonie au premier degré ; il se manifeste dès les premiers momens de l'inflammation. Le bruit de la respiration est dans le même point faible, à peine distinct, ou entièrement couvert par le râle crépitant. Dans les points où celui-ci n'est pas perçu, la respiration conserve sa force naturelle, et quelquefois elle est augmentée ; alors elle est dite *puérile*, parce qu'elle est semblable à celle des enfans. L'étendue dans laquelle le râle crépitant existe indique celle de la partie enflammée du poumon. L'auscultation n'éclaire pas seulement le diagnostic de la pneumonie, elle permet encore d'en suivre les progrès.

D'après des observations de praticiens célèbres, l'auscultation ne fournirait pas, dans certains cas, les phénomènes propres à faire re-

connaître l'existence d'une péricnemonie. Ainsi , lorsque l'inflammation n'occupe qu'une très-petite portion du poumon , ou bien qu'elle est profonde , bornée à une partie de sa base , de son centre ou de sa racine , l'auscultation n'apprendrait rien ; en outre , une grande quantité de liquide accumulée dans les bronches peut donner lieu à un râle muqueux assez bruyant pour masquer entièrement le râle de la pneumonie. Cependant , dans ces cas , *Laennec* affirme avoir constamment reconnu l'existence de cette maladie au moyen des signes stéthoscopiques. Il avoue qu'alors ces signes sont , à la vérité , plus difficiles à saisir , et qu'il faut une grande habitude de l'auscultation et une exploration attentive pour les reconnaître. Il fait observer qu'ils peuvent facilement échapper , lorsqu'on emploie l'auscultation immédiate au lieu de se servir du stéthoscope , les bruits qui ne se passent que dans un point peu étendu pouvant difficilement être entendus de cette manière.

Dans ce premier degré de la pneumonie , la poitrine résonne encore bien ; mais si l'engouement est fort étendu , sa sonorité devient plus obscure.

Tels sont les phénomènes qui caractérisent le premier degré de la maladie.

Symptômes généraux. Les symptômes généraux sont ceux de la plupart des phlegmasies aiguës : la face est ordinairement rouge ; le pouls le plus souvent plein , large , fréquent ; la chaleur de la peau élevée ; les urines rares , foncées ; il y a soif , inappétence , céphalalgie , insomnie ; la langue est ordinairement blanche et humide ; le sang tiré de la veine se couvre presque toujours d'une couenne épaisse. La rougeur des pommettes et le décubitus forcé sur le côté affecté , regardés par beaucoup de médecins comme deux caractères particuliers de cette maladie , ne sont pas constans. Dans le début de la pneumonie , comme dans son cours , le plus grand nombre des malades restent couchés sur le dos , la tête et la poitrine un peu élevées.

La pneumonie peut ne se montrer accompagnée que d'un simple

mouvement fébrile ; d'autres fois , au contraire , elle se présente avec les phénomènes généraux propres aux fièvres graves , ou bien elle est compliquée de quelque autre phlegmasie : dans ces cas le médecin doit porter une grande attention , afin de pouvoir reconnaître dans les symptômes de ces diverses affections ce qui appartient au trouble de tel ou tel organe.

Différentes espèces de terminaison. La pneumonie peut se terminer par résolution , par hépatisation , par suppuration , par gangrène , par le passage à l'état chronique.

La résolution de l'engouement inflammatoire du poumon ou de la pneumonie au premier degré , dont je viens d'exposer les symptômes , est annoncée par la diminution de la douleur , une liberté plus grande dans la respiration , une toux moins forte , moins fréquente. Les crachats sont expectorés avec plus de facilité ; ils deviennent de moins en moins rouges , moins visqueux et plus abondans ; ils contiennent aussi une moindre quantité de petites bulles d'air ; peu à peu ils prennent le caractère de mucosités filantes , presque transparentes , et deviennent de plus en plus rares. Le râle crépitant devient chaque jour moins sensible ; le bruit de la respiration se fait entendre dans les points affectés , et revient peu à peu à son rythme naturel. Le mouvement fébrile est d'abord moins intense , puis il cesse entièrement. Les autres phénomènes sympathiques diminuent progressivement , et finissent par disparaître. Il survient souvent une des crises dont je parlerai plus bas.

L'engouement inflammatoire n'a pas toujours une terminaison aussi heureuse ; dans quelques cas , et surtout dans ceux où il occupe une grande portion ou la totalité d'un poumon , ou , ce qui est rare , les deux poumons , il peut entraîner la mort sans que l'inflammation ait atteint le second degré.

Si la pneumonie fait des progrès , malgré le traitement qu'on a pu lui opposer , on doit redouter son passage au second degré ; cette transition est marquée par une crépitation plus humide , à bulles moins

égales , plus rares , par la cessation du bruit de la respiration dans les points affectés , et la diminution progressive de la sonorité de la poitrine ; mais ce passage ayant lieu rapidement , échappe souvent à l'observateur. Dans ce deuxième degré de la péricapnemonie , la dyspnée et la fièvre augmentent , la face s'altère davantage , les crachats ont une viscosité telle qu'ils ne peuvent plus être détachés du vase ; le son du thorax est mat. Si on pratique l'auscultation , l'oreille ne perçoit plus ni râle crépissant , ni bruit respiratoire , et l'absence de ces phénomènes est souvent le seul signe de l'hépatisation (*Laennec*). Si le malade parle , sa voix détermine le phénomène connu sous le nom de *bronchophonie* , pourvu toutefois que l'inflammation ne soit pas située trop loin d'une des grosses ramifications bronchiques , car alors ce phénomène manque ou est très-obscur. La bronchophonie est toujours accompagnée de la respiration bronchique , bruit qui paraît être produit par l'entrée et la sortie de l'air dans la trachée et les premières bronches , et être transmis à l'oreille par la partie du poumon hépatisée. La respiration bronchique est toujours très-distincte quoique la bronchophonie n'existe point.

Parvenue à ce degré , la péricapnemonie est beaucoup plus grave ; elle se termine , à peu près en proportion égale , par la guérison ou par la mort. Si la première de ces terminaisons a lieu , le râle crépissant , qui avait disparu , reparaît de nouveau ; ce signe , qui est de toute certitude , est désigné par *Laennec* sous le nom de *râle crépissant de retour* (*rhoncus crepitans redux.*) A ce râle de retour se joint peu à peu le bruit de la respiration , qui augmente jusqu'à ce qu'il soit revenu à son état naturel , et finit par exister seule ; le son de la poitrine , qui était mat , s'éclaircit par degrés , la dyspnée diminue , l'expectoration devient plus facile , les crachats passent peu à peu à l'état catarrhal , la toux est moins fréquente , la peau s'humecte , les symptômes généraux disparaissent et la convalescence commence.

Les signes propres à faire reconnaître pendant la vie qu'une infiltration purulente s'est établie dans le parenchyme pulmonaire sont communs au second degré de la pneumonie. L'existence de ce troi-

sième degré n'est guère marquée que par un peu plus d'intensité dans les symptômes. Cependant lorsque le pus commence à se ramollir, le râle muqueux qui se fait entendre peut seulement alors faire connaître que la maladie est arrivée au troisième degré. M. *Andral* ne regarde comme signe caractéristique de la suppuration dans la pneumonie, qu'une expectoration de crachats clairs, brunâtres, assez semblables à du jus de pruneaux. Ces caractères fournis par les crachats ne sembleraient pas donner une certitude complète; car M. *Andral* dit avoir rencontré des crachats semblables chez des individus dont les poumons n'étaient qu'à l'état d'hépatisation rouge: il a observé aussi plusieurs cas d'hépatisation grise où ils ne se sont pas montrés. M. *Chomel* a également observé plusieurs fois une semblable expectoration dès le second jour de la maladie, par conséquent à une époque où l'on ne peut pas supposer que la suppuration existe déjà. L'extrême paleur de la face, l'aspect particulier qu'elle offre souvent dans ce troisième degré, peuvent quelquefois servir à reconnaître ce degré de la pneumonie. La mort est la terminaison la plus fréquente de la pneumonie parvenue à l'état d'hépatisation grise. La résolution, lorsqu'elle doit avoir lieu, est annoncée, comme dans le second degré de la maladie, par le retour du râle crépitant, qui ordinairement est précédé par un râle muqueux. Le bruit de la respiration se joint, dans ce troisième degré, beaucoup plus tard à la crépitation. Les autres symptômes diminuent également d'intensité.

Les trois degrés de la pneumonie que je viens de décrire peuvent se trouver réunis dans un seul poumon; ainsi, dans un point on entend du râle crépitant seul ou mêlé au bruit de la respiration; là aussi la poitrine rend un son clair ou à peine obscur; dans un autre point la bronchophonie se fait entendre, et là le son est mat.

Il est extrêmement rare que le pus disséminé dans le parenchyme pulmonaire s'y réunisse en foyer de manière à constituer un abcès. M. *Chomel* n'a rencontré, dans un espace de dix-sept ans, que deux fois des collections de pus dans le parenchyme pulmonaire; sur plusieurs centaines d'ouvertures de péricapneumoniques, *Laennec* n'a ob-

servé que cinq ou six fois des collections de pus dans un poumon enflammé, encore étaient-elles peu considérables, peu nombreuses. Ces abcès offrent, suivant ce dernier auteur, pour signes caractéristiques, un râle muqueux très-fort, à grosses bulles et évidemment caverneux, une pectoriloquie évidente, succédant à la bronchophonie qui existait précédemment, une respiration et une toux caverneuses donnant la sensation de souffle dans l'oreille si l'abcès est voisin de la surface du poumon, et celle de souffle voilé si les parois de l'abcès sont minces et molles.

La terminaison par la gangrène est une des plus rares, et encore il n'est pas démontré qu'elle soit toujours la conséquence de l'inflammation du poumon; elle semble même le plus souvent se rapprocher de la nature des affections essentiellement gangréneuses, telles que l'anthrax, la pustule maligne, affections dans lesquelles les symptômes inflammatoires ne sont que secondaires (*Laennec*). On l'a observée principalement chez des sujets épuisés par des chagrins, des privations ou par l'âge. Ordinairement au début de la maladie il existe une prostration extrême des forces, nullement en rapport avec le peu de gravité des symptômes de la pneumonie; les crachats prennent une couleur sale, grise ou verdâtre, et exhalent avec l'air expiré une fétidité caractéristique; le teint devient blême et plombé. D'autres fois, après une bénignité de quelques jours, ces symptômes apparaissent subitement. Cette affection a ordinairement une marche tellement rapide, qu'elle enlève les malades en peu de jours. Les crachats fournissent le caractère pathognomonique de la maladie.

La péripneumonie peut enfin passer à l'état chronique, ce qui constitue toujours une maladie très-grave: il n'est pas de mon sujet de la décrire.

Marche et durée. Comme les autres phlegmasies aiguës, la pneumonie présente des périodes d'accroissement, d'état et de déclin, et des paroxysmes journaliers. Elle s'accroît en général pendant trois ou quatre jours, quelquefois davantage, quel que soit le traitement em-

ployé, après ce temps elle diminue ou reste stationnaire. Cette diminution ou ce point d'arrêt ne sont pas toujours de sûrs garans d'une guérison prochaine ; car il arrive souvent que, sans cause connue, la pneumonie reprend une nouvelle intensité et compromet de nouveau les jours du malade. Les paroxysmes ont ordinairement lieu le soir, et, outre l'exaspération fébrile, ils offrent une augmentation dans la douleur de côté, une toux plus fréquente, une gêne plus grande de la respiration, et vers leur déclin une expectoration abondante de crachats plus rouges qu'ils ne le sont dans le reste de la journée.

La résolution de la pneumonie est souvent opérée par l'apparition d'un de ces phénomènes que l'on appelle *crises*. Ainsi, tantôt ce sont des sueurs abondantes ou un dépôt briqueté ou blanc dans les urines; tantôt une épistaxis, le retour des hémorrhoides, des menstrues, une hématurie, ou une diarrhée modérée, etc. On a observé aussi des jours critiques dans la terminaison de la maladie. Sur cent douze pneumonies, M. *Andral* a remarqué que quarante-trois ont été jugées les septième, onzième, quatorzième ou vingtième jours, jours les plus habituellement critiques, suivant *Hippocrate*.

La pneumonie, ainsi que chacun de ses degrés, a une durée variable. L'engouement peut durer plusieurs jours et, lorsqu'il est étendu, amener la mort avant qu'il se forme aucun noyau d'hépatisation : d'autres fois, le second et même le troisième degré envahissent le poumon dans trente-six ou vingt-quatre heures ; ceci arrive surtout chez les individus débilités ou très-âgés, ou dans les pneumonies survenues dans le cours d'une maladie grave. *Laennec* a fixé, pour chacun des degrés de la pneumonie, la durée suivante : « L'engouement, « dit-il, dure ordinairement de douze heures à trois jours, avant de « de passer à l'état d'hépatisation complète. L'hépatisation dure d'un « à trois jours, avant que des points d'infiltration purulente y soient « bien manifestes ; enfin, la période de suppuration, depuis le moment où l'infiltration purulente concrète est bien reconnaissable, « jusqu'à celui où le ramollissement du pus est porté au degré de liquidité visqueuse, varie de deux à six jours. » (Auscult., tom. 1^{er}.)

pag. 416.) Le traitement , lorsqu'il est convenablement dirigé , doit retarder la marche de la maladie : aussi sa durée ordinaire est de sept à vingt jours.

Prognostic. La pneumonie est une maladie généralement grave. Le pronostic varie cependant suivant l'étendue et le degré de l'inflammation , son siège , la gravité des symptômes et les complications.

Ainsi , l'inflammation des deux poudons est plus fâcheuse que celle d'un seul , et elle le sera d'autant plus qu'une plus grande partie de celui-ci sera affectée. Il paraît que la pneumonie du lobe supérieur est plus grave que celle du lobe inférieur. La résolution est la terminaison la plus ordinaire du premier degré : il y a des chances égales pour la guérison ou pour la mort dans le second , et celle-ci est la terminaison la plus fréquente du troisième degré. Une dyspnée considérable , une expectoration laborieuse ou supprimée , des crachats aqueux et brunâtres , plus ou moins semblables à du jus de pruneaux , ou grisâtres et fétides , un délire permanent , l'extrême fréquence du pouls , sont autant de circonstances qui rendent le pronostic très-fâcheux. L'état de grossesse et la complication de la pneumonie avec d'autres maladies augmentent beaucoup la gravité du pronostic.

Traitement. Le médecin doit , dans le traitement de la pneumonie , avoir promptement recours aux moyens propres à arrêter la marche rapide de la maladie , et prévenir ainsi les fâcheux résultats qui peuvent en être la suite. Les émissions sanguines , principalement les saignées générales , ont été et sont encore regardées par presque tous les praticiens comme le moyen le plus puissant et le plus efficace à opposer à la pneumonie.

Indépendamment des avantages que les saignées procurent , en modérant , comme dans les autres maladies inflammatoires , la phlegmasie de l'organe , elles ont de plus ici celui d'alléger les fonctions du poudon , en diminuant la quantité de sang qui doit le traverser , afin d'y être soumis au contact de l'air.

On doit saigner le malade dès le début de la maladie , car les saignées sont d'autant plus utiles qu'elles sont plus rapprochées de l'invasion. La saignée sera faite par une large ouverture , et aussi abondante que le permettra l'état du sujet.

En général , la première saignée doit être de douze à seize onces , et même de vingt , lorsque les symptômes inflammatoires sont très-intenses et que le malade est vigoureux. Une saignée copieuse , lorsque la maladie commence , en a souvent entravé la marche. Elle sera répétée tant que la fréquence et la plénitude du pouls , et surtout la gêne de la respiration , annoncent la persistance de l'inflammation , en ayant toutefois soin de proportionner la quantité de sang que l'on tire aux forces du malade. On peut ainsi pratiquer deux saignées dans les premières vingt-quatre heures , et même trois , si l'inflammation est violente et occupe une grande étendue. On renouvelle la saignée les jours suivans , si les symptômes ne cèdent point. L'exploration de la poitrine à l'aide du stéthoscope doit être faite chaque jour , afin de s'assurer de l'état des poumons et des avantages qu'on a pu obtenir.

Quelques auteurs , *Pringle* en particulier , ont pensé qu'il fallait s'abstenir de saigner après le cinquième ou sixième jour ; on sent qu'il est impossible de fixer l'époque de la maladie à laquelle on ne doit plus avoir recours à la saignée. Il est reconnu que l'on peut tirer du sang à quelque époque que ce soit , toutes les fois que cette évacuation est indiquée par la persistance des symptômes ou leur récrudescente , et que les forces du malade ne s'y opposent point.

Quelquefois , malgré la gêne considérable de la respiration , la faiblesse du pouls , l'état d'affaissement du malade semblent contr'indiquer la saignée. Le médecin doit prendre garde de s'en laisser imposer par cet état de faiblesse , qui ne peut être qu'apparent , et savoir qu'alors , à la suite d'une large émission sanguine , lorsque la respiration est devenue plus libre , on voit le pouls reprendre de la force et de la plénitude , et les forces se relever. Afin de s'assurer s'il n'existe réellement qu'une simple oppression des forces , on ne doit jamais

négliger d'explorer le cœur , et toutes les fois que ses pulsations seront plus énergiques que celles des artères , on ne doit pas balancer à pratiquer une saignée , et bientôt après le pouls se relèvera , souvent même il se développe à mesure que l'on tire du sang. Mais si la prostration a précédé le début de la pneumonie , si le pouls et les battemens du cœur sont également faibles , il faut alors s'abstenir de saigner ; la saignée , dans ce cas , jette presque toujours le malade dans une prostration complète. Cependant , si on avait du doute sur la véritable nature de l'adynamie , et que l'on n'eût pas déjà eu recours à la saignée , et comme on est toujours maître de fermer la veine après l'avoir ouverte , si la faiblesse ne permet pas de continuer cette opération , on pourrait faire une très-légère saignée en manière d'essai.

On doit aussi avoir égard , dans l'emploi de la saignée , à l'âge et à la constitution de l'individu ; aussi le médecin en sera plus sobre chez un sujet faible et lymphatique que chez un autre fort et robuste. La saignée n'est pas contr'indiquée chez les femmes qui , ayant leur règles , sont atteintes de pneumonie ; car il serait peu sage , et souvent funeste pour la femme , d'attendre que l'époque menstruelle soit passée pour avoir recours aux évacuations sanguines. *Pinel* et *Morgagni* pensaient qu'on ne devait pas saigner les vieillards , tandis que *Franck* dit avoir fait avec succès neuf saignées chez un vieillard octogénaire atteint d'une grave pneumonie. Il me semble qu'il vaut mieux exposer les vieillards à une longue convalescence , que de laisser faire des progrès à une maladie qui , chez eux , est souvent mortelle ; on doit , à cet âge , recourir à la saignée , en mettant toutefois beaucoup de circonspection dans son emploi. Chez les enfans , la saignée devra aussi être faite avec réserve , et quelques médecins préférèrent avoir recours chez eux aux sangsues appliquées sur la poitrine ; cependant une saignée de deux ou trois onces , suivant l'âge de l'enfant , paraît plus avantageuse quand rien au moins ne s'y oppose.

Les saignées locales produites par l'application de sangsues ou de

ventouses scarifiées ne peuvent, dans le traitement de la pneumonie, remplacer l'ouverture de la veine ; elles agissent bien moins efficacement que les saignées générales ; mais on peut les employer concurremment avec beaucoup d'avantage. Après avoir saigné le malade, on peut faire couvrir de sangsues le côté douloureux ; et même, lorsque la douleur de côté est très-forte, l'application d'un assez grand nombre de sangsues devient indispensable, et souvent par ce moyen la douleur disparaît ; il est bon aussi de seconder leur effet par des cataplasmes émolliens. Si la pneumonie était venue à la suite de la suppression d'une hémorrhagie habituelle, il sera très-avantageux d'appliquer des sangsues le plus près possible de l'endroit où elle avait lieu. Enfin, lorsque la pneumonie est peu intense, et surtout que le sujet est fort jeune, débile, il est souvent prudent de ne mettre en usage que les saignées locales.

Lorsque la pneumonie persiste malgré l'emploi des saignées, et que le malade est trop affaibli, il faut avoir recours aux révulsifs : les vésicatoires sont ceux que l'on met le plus souvent en usage. Il paraît être plus avantageux de les appliquer sur les parois mêmes de la poitrine que sur des parties éloignées, comme le conseillent quelques médecins ; il faut leur donner de cinq à six pouces de diamètre. Je crois qu'on ne doit employer les vésicatoires que lorsqu'il n'y a plus de chaleur à la peau, de fréquence et de force dans le pouls, et qu'enfin le défaut de réaction générale et l'affaiblissement du malade ne permettent plus d'user des saignées. Je sais que quelques médecins font placer, dès le début de la maladie, après la première saignée, des vésicatoires aux jambes et même sur les parois du thorax, et ils obtiennent souvent par là d'heureux succès ; mais souvent aussi, employés à cette époque, les vésicatoires augmentent l'intensité de la fièvre et aggravent tous les symptômes.

Pendant l'usage des saignées, on donne au malade des boissons mucilagineuses, gommeuse, édulcorées avec du miel, du sucre ou un sirop. Ces boissons doivent être prises tièdes, car froides elles provoqueraient la toux, et en petite quantité à la fois, parce que la

distension de l'estomac augmenterait la gêne de la respiration. On fait prendre aussi plusieurs fois par jour, pour modérer la toux, une cuillerée d'un looch gommeux ou huileux, que l'on peut au besoin rendre plus calmant en y ajoutant un peu de sirop de diacode ou de laudanum. Lorsque les saignées ont été remplacées par les révulsifs, on substitue souvent avec avantage aux boissons adoucissantes des boissons plus ou moins stimulantes, comme la décoction de polygala sénéka, une infusion de lierre terrestre, d'aunée, les potions gommeuses, dans lesquelles on fait entrer l'oxymel scillitique ou quelques grains de kermès : outre l'avantage que ces moyens procurent en facilitant l'expectoration, ils favorisent encore, par la stimulation légère qu'ils donnent à l'économie, la résolution de la pneumonie, qui souvent reste stationnaire. On engage le malade à garder un silence absolu, à se tenir couché dans une position demi-assise, afin de rendre moins considérable l'afflux du sang vers la poitrine ; il faut le tenir à une diète rigoureuse, surtout les premiers jours ; mais, dès que la fièvre est complètement tombée, on doit lui permettre quelques légers alimens, dont on augmente la quantité à mesure que l'appétit se développe. L'administration d'un ou deux minoratifs, vers la fin de la maladie, lorsque l'appétit ne reparaît pas, est souvent suivie d'un très-bon effet.

Si quelques signes indiquant une rechûte se montrent pendant la convalescence, il ne faut point hésiter à revenir aussitôt à la saignée, et après son emploi il est bon d'appliquer un vésicatoire au bras ou même un cautère.

Le traitement de la pneumonie présente quelques modifications selon les formes sous lesquelles on la rencontre. Lorsqu'un malade atteint de pneumonie présente un état de prostration réelle, la saignée est évidemment contr'indiquée, surtout si, ayant déjà tiré du sang, la prostration a augmenté. On aura alors recours aux toniques et aux révulsifs. Si la pneumonie a été précédée de symptômes bilieux, que l'épidémie régnante ait démontré l'utilité des évacuans des premières voies, on obtient ordinairement des avantages très-mar-

qués par l'administration d'un ou deux vomitifs, dès le début de la maladie. Toutefois si la dyspnée est très-grande, le pouls développé, que les symptômes bilieux aient apparu consécutivement à la pneumonie, on doit d'abord pratiquer de larges émissions sanguines et ne recourir au vomitif que secondairement. Si des symptômes ataxiques viennent à compliquer une pneumonie, on les voit souvent céder à des saignées copieuses et réitérées ; lorsqu'ils persistent, on placera des révulsifs sur les membres inférieurs, et on pourra administrer le musc, qui, dans ce cas, est regardé par M. *Récamier* comme jouissant d'une sorte de spécificité.

On a proposé dans ces derniers temps une autre méthode de traitement dans la pneumonie ; je veux parler de l'emploi du tartre stibié à haute dose. *Rasori* est le premier qui ait rappelé cette méthode, qui depuis le dix-septième siècle paraissait oubliée. Un grand nombre de médecins ont dès-lors mis cette méthode en usage ; quelques-uns n'en ont point obtenu tout le succès qu'ils désiraient, tandis que d'autres en ont eu de très-heureux. *Laennec* surtout a retiré de l'emploi du tartre stibié à haute dose les plus heureux résultats.

Voici comment ce médecin célèbre l'administrait : il faisait d'abord pratiquer une saignée de huit à seize onces, dans le but d'enrayer momentanément l'orgasme inflammatoire et de donner au tartre stibié le temps d'agir ; il ne se privait de ce moyen que chez les sujets cachectiques ou débilités. Immédiatement après la saignée il donnait un grain de tartre stibié dans deux onces d'infusion de feuilles d'orange ; la même dose était répétée six fois, de deux en deux heures. Après quoi, si la pneumonie n'était pas très-intense ou déjà avancée, l'usage en était suspendu pendant sept à huit heures ; mais, dans le cas contraire, l'émétique était continué sans interruption, de deux en deux heures, jusqu'à ce qu'il y eût un amendement dans les symptômes. Dans les cas graves, la dose était portée à un grain et demi, deux et même deux grains et demi. Ainsi administré, le tartre stibié produit, le premier jour, chez le plus grand nombre des malades, deux ou trois vomissemens et quelques selles, qu'il détermine rare-

ment les jours suivans. Chez quelques-uns il ne cause aucune évacuation. Si la tolérance pour le médicament ne s'établissait pas de suite ou après le premier jour, une à deux onces de sirop diacode étaient ajoutées à la potion stibiée. En général, l'effet de l'émétique à haute dose n'est jamais plus prompt que quand il ne détermine aucune espèce d'évacuation. Cependant un grand nombre de malades sont jetés, dès le premier ou second jour, dans une grande faiblesse, accompagnée d'une sueur générale qui semble juger la maladie. Il faut continuer l'administration du tartre stibié tant que la tolérance dure, et qu'il existe encore quelques traces de râle crépitant. Un des grands avantages de l'emploi de l'émétique sur la saignée, c'est que, dès qu'une amélioration même peu marquée est obtenue, on peut être certain qu'en continuant l'administration de l'émétique, la résolution s'achèvera sans aucune récrudescence de la pneumonie, et la convalescence ne s'accompagnera pas de cet affaiblissement excessif qui suit les évacuations abondantes de sang. *Laennec* dit n'avoir jamais vu aucun accident inquiétant déterminé par ce traitement. Cet auteur affirme que cette méthode a réussi à toutes les périodes de la maladie, et même lorsqu'une grande partie du poumon était envahie par l'infiltration purulente. D'après lui, elle est applicable à tout individu, quels que soient son âge, sa constitution, ses forces; il reconnaît cependant que les effets du tartre stibié sont d'autant plus rapides et plus héroïques que les symptômes de la maladie et la constitution du sujet annoncent un excès de pléthore et d'énergie vitale; il assure que, sur cinquante-sept malades traités par l'émétique à haute dose, deux septuagénaires seulement ont succombé. Ces résultats, bien différens de ceux que l'on obtient par la méthode ordinaire, la mortalité étant alors à peu près d'un individu sur six ou huit, semblent au moins donner quelque confiance dans ce mode de traitement; mais il n'est point fondé sur une aussi longue expérience que la méthode antiphlogistique, par laquelle on a obtenu dans tous les temps des succès non équivoques.

Le tartre stibié a aussi été administré, dans la pneumonie, à doses

vomitives dès le début de la maladie, après une ou deux saignées, et a joui aussi pendant long-temps d'une certaine célébrité ; on sait l'usage qu'en ont fait *Stoll* et *Rivière*. Les évacuations nombreuses qu'occasionne l'émétique donné de cette manière doivent fatiguer beaucoup les malades.

Caractères anatomiques. Dans le premier degré (*engouement*), le poumon présente à l'extérieur une couleur livide ou violacée, quelquefois noirâtre ; sa pesanteur spécifique est augmentée ; il est plus dur que dans l'état sain, mais il est encore crépitant ; quand on le presse entre les doigts il en conserve l'impression, et on sent qu'il est gorgé par un liquide. Lorsqu'on l'incise, on trouve les surfaces divisées d'une couleur égale à celle de l'extérieur, une sérosité sanguinolente, spumeuse et trouble en ruiselle. Si on comprime les parties qu'on a divisées, et qu'on les soumette à plusieurs lavages, l'eau leur enlève en grande partie le sang qu'elles contenaient, et on y reconnaît encore la texture alvéolaire et spongieuse du poumon. Ceci n'a lieu qu'autant que l'inflammation a été légère, car autrement on rencontre quelques points plus fermes et plus compactes se laissant déchirer avec la plus grande facilité ; le tissu pulmonaire paraît alors dans un état intermédiaire entre le simple engouement et le ramollissement rouge.

Dans le second degré (*hépatisation rouge, ramollissement rouge*), le poumon privé d'air ne pouvant être affaissé par l'air extérieur à l'ouverture de la poitrine, remplit presque entièrement cette cavité, de sorte qu'il paraît plus volumineux que le poumon resté sain. Dans cet état, le poumon ne crépité plus, il offre une pesanteur et une fermeté analogues à celle du foie ; aussi il s'enfonce rapidement dans l'eau. Sa surface extérieure est uniformément rouge ; l'intérieure présente cette couleur ; mais comme elle peut varier depuis le gris violet jusqu'au rouge le plus intense, il s'ensuit que le parenchyme pulmonaire présente souvent une surface comme marbrée ou même semblable à du granit : au milieu de ces diverses nuances on dis-

lingue les rameaux bronchiques et les vaisseaux sanguins. Une très-petite quantité d'un liquide rouge s'écoule de la surface des incisions faites au poumon, et en râclant avec un scalpel ces parties incisées, il en suinte une matière sanguinolente, épaisse et opaque. Si on examine avec attention, surtout à l'aide d'une loupe, l'endroit incisé, on aperçoit de petites granulations rouges, très-rapprochées les unes des autres, et qui sont bien plus apparentes lorsque, au lieu de le couper, on déchire le tissu pulmonaire; le poumon hépatisé est très-friable, on ne peut le comprimer un peu fortement sans qu'il se réduise en une pulpe rougeâtre.

Dans le troisième degré (*hépatisation grise, ramollissement gris, infiltration purulente*) le poumon est, comme dans le degré précédent, lourd, compacte, imperméable à l'air, présentant des granulations, mais sa couleur est devenue jaunâtre ou grise. Si on l'incise, il s'en écoule une matière épaisse, opaque, évidemment purulente. Le tissu pulmonaire est beaucoup plus mou que dans le ramollissement rouge; il suffit de le presser légèrement entre les doigts pour le réduire en bouillie.

J'ai déjà dit qu'il n'arrivait que très-rarement de voir une pneumonie se terminer par la formation d'un abcès; lorsque la suppuration s'établit dans un poumon enflammé le pus est presque constamment disséminé dans son parenchyme. Une circonstance qui semble montrer que les abcès du poumon dans la pneumonie sont même beaucoup plus rares qu'on l'a pensé, c'est que la substance pulmonaire dans le troisième degré est tellement molle que, lorsqu'on arrache le poumon de la poitrine, on peut très-facilement, par les efforts que l'on fait ou par la pression des doigts, y déterminer la formation d'une petite cavité remplie de pus qui peut faire croire à l'existence d'un abcès du poumon.

Il n'est pas rare de trouver réunis dans un même poumon ces trois degrés d'inflammation (*engouement, hépatisation rouge et hépatisation grise*), formant autant de zones faciles à distinguer à la section, ou se confondant d'une manière insensible. Presque toujours l'in-

flammation est plus avancée à la partie inférieure du poulmon que vers le sommet.

Dans le cas, extrêmement rare, où la pneumonie s'est terminée par gangrène, le poulmon présente le plus ordinairement une escharre grisâtre ou d'un brun noirâtre, circonscrite, tantôt ferme, tantôt tombant en déliquium, d'une fétidité gangréneuse; quelquefois une grande partie d'un lobe, et même la plus grande partie d'un poulmon, est noire ou verdâtre, ramollie, tombant en déliquium dans quelques points; une sanie abondante, d'un gris verdâtre et d'une fétidité insupportable, s'écoule des parties que l'on incise.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Lassitudines spontè obortæ morbos denuntiant. *Sect. 2, aph. 5*

II.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Ibid., aph. 19.*

III.

Frigida, velut nix, glacies, pectori inimica; tusses movent, sanguinis eruptiones ac catarrhos inducunt. *Sect. 5, aph. 24.*

IV.

Qui sanguinem spumosum expuunt, his ex pulmone talis rejectio fit. *Ibid., aph. 13.*

V.

A sanguinis sputo, puris sputum, malum. *Sect. 7, aph. 15.*

VI.

Cum morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect. 1, aph. 8.*